

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059863

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1958

Société :

UN636  Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MNEZZAIN MAFTAHA ap mohittam

Date de naissance : 02.08.1951

Adresse : 300 Bd de Bordeaux casa ABT n°5

Tél. : 0599975167 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna KHAYAR  
OPHTHALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : EZZAIN Meftah Age: 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 25/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

J. Boulif

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26 AOÛT 2020    |                   | 2                     | 300                             | DR. LOUBNA KHATIB<br>OPHTALMOLOGISTE<br>35 Bd Yacoub El Mansour, Rés<br>Sal, Etage N° 2 - Casablanca<br>05 22 95 12 89 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br>Pharmacie Tamaarouf<br>Dr. BENKIRANE Dounia<br>4, Rue Tamaarouf - Boudjellal<br>Casa - Tél. : 05 22 26 50 00 | 26/08/20 | € 29,40               |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées | Nature des Soins                                       | Coefficient |                         |
|------------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
|                              |                |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |                |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |                |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |                |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              |             |                         |
|                              |                | H  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |                | 25533412   21433552                                    |             |                         |
|                              |                | 00000000   00000000                                    |             |                         |
|                              |                | D ————— G  |             |                         |
|                              |                | 00000000   00000000                                    |             |                         |
|                              |                | 35533411   11433553                                    |             |                         |
|                              |                | B  |             |                         |
|                              |                | (Création, remont, adjonction)                         |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |                | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             | DATE DU DEVIS           |

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTHALMOLOGISTE**

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
 chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
 chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca  
 Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le: 26 AOÛT 2020

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللaser - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة الحول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:



CHIBRO-CADRON  
 Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

A.M.M. Maroc  
 N° 116 DMP/21/NC  
 Distribué par les  
 Laboratoires SOTHEMA  
 B.P. N°1, 27182  
 Boussoura - MAROC

Dr. Loubna KHAYAR  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 5, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
 étage N° 2 - Casablanca  
 Tél.: 05 22 95 12 89

05 22 95 12 89 شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف :

235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . " A " Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89